

EVALUACION DE LA RECUPERACION POSTQUIRURGICA

Jenny Moix Queraltó

Universidad Autónoma de Barcelona

RESUMEN

Dado que los factores psicológicos parecen incidir, en cierta medida, en la recuperación postquirúrgica, creemos que es importante para la investigación psicológica profundizar en la forma de evaluación de la misma. Los estudios realizados en el campo de las intervenciones quirúrgicas utilizan varios indicadores para evaluar la recuperación postquirúrgica, tales como: la presión sanguínea, la temperatura corporal, distintas variables psicológicas, complicaciones, la duración de la convalecencia, y la toma de analgésicos y sedantes. En la presente investigación realizada con 30 pacientes varones intervenidos a través de una herniorrafia, pretendemos averiguar si estos factores están midiendo o no un mismo proceso de recuperación. Las pocas relaciones obtenidas entre estos indicadores nos indican que probablemente no están midiendo un único proceso. En el apartado de discusión se comentan algunas implicaciones de estos resultados.

Palabras clave: Recuperación postquirúrgica.

ABSTRACT

Because of the psychological factors seem to influence, to some extent, postsurgical recovery, it is important to the psychological research to study the postsurgical recovery evaluation. The studies done in this area have use a lot of recovery indices, such us: blood pressure, number of elevated temperatures, psychological factors, complications, number of days to discharge, and intake of analgesics and sedatives. In this research done with 30 male hernia patients, our goal was to study if those factors are indicators of the same process. The few relations found between those factors show that probably they are not evaluating a unique process. In the discussion we comment on the implications of these results.

Key words: Postsurgical recovery.

INTRODUCCION

La recuperación de los pacientes, una vez intervenidos quirúrgicamente, suele ser muy variada. Podemos observar desde aquellas personas que evolucionan sin ninguna dificultad hasta pacientes que sufren una recuperación caracterizada por dolor, fiebre, malestar y múltiples complicaciones. Presentar un tipo u otro de recuperación depende fundamentalmente de dos factores: el estado del organismo y la complejidad de la operación. Cuanto más óptimo sea el estado del organismo; esto es, cuanto más saludable se encuentre el paciente antes de la intervención y menor sea el grado de incisión y riesgo de la misma; más fácil y rápida será su posterior recuperación.

Además de estos dos factores, existe otro que también parece determinar, en parte, el tipo de convalecencia que experimentará el paciente. Se trata del estado *psicológico* del paciente antes de la intervención. Cuanto mejor sea su estado psicológico, mejor será su evolución postquirúrgica. Existen dos tipos de estudio que ponen en evidencia este hecho.

El primer tipo de investigación consiste en la evaluación de una variable psicológica, como por ejemplo la ansiedad, y de varios indicadores de recuperación postquirúrgica, y en la posterior comprobación de su relación. A partir de esta clase de trabajo se han hallado numerosos factores psicológicos que parecen incidir en la recuperación postquirúrgica. Entre ellos podemos encontrar:

el apoyo social (Kulik y Mahler, 1989; López, Pastor, Rodríguez-Marín y García, 1988), las expectativas de recuperación (Jamison, Parris y Maxson, 1987), el *locus of control* (Johnson, Leventhal y Dabbs, 1971), el neuroticismo (Cfr. Matthews y Ridgeway, 1981), la percepción que tiene el paciente del cirujano (Auerbach, Meredith, Alexander, Mercuri y Brophy, 1984), la información sobre la intervención (Moix, 1988), el significado de la intervención (Wallace, 1985), el optimismo (Scheier, Matthews, Owens, Magovern, Lefebvre, Abbot y Carver, 1989) y la ansiedad (Cfr. Moix, 1990).

La segunda clase de trabajo que muestra la incidencia de los factores psicológicos en la recuperación postquirúrgica consiste en aplicar una técnica psicológica antes de la intervención y en observar sus posibles efectos beneficiosos sobre la evolución postquirúrgica. A través de este tipo de investigación se ha mostrado la efectividad de muchas técnicas psicológicas en facilitar la recuperación postquirúrgica. Algunas de las técnicas que se han mostrado efectivas son: la distracción cognitiva (Pickett y Clum, 1982), el modelamiento (Melamed y Siegel, 1975), la relajación (Leserman, Stuart, Mamish y Benson, 1989), el suministro de información (Wallace, 1984) y la hipnosis (Weinstein y Au, 1991).

Como podemos ver, parece ser que el estado psicológico del paciente antes de la intervención determina, en cierta medida, su posterior recuperación. Llegados a este punto, podemos preguntarnos ¿qué se entiende por recuperación postquirúrgica? Existen varias definiciones de recuperación (Cfr. Johnston, 1984), entre ellas:

- el proceso de volver al funcionamiento normal.
- el proceso de volver a los niveles premórbidos de funcionamiento.
- el proceso de cambio de un estado de enfermedad a un estado de salud.

Estas definiciones presentan dos grandes inconvenientes. El primero de ellos radica en la dificultad de medir el funcionamiento normal o premórbido, la salud y la enfermedad. Esto es, son definiciones poco operacionales. El segundo inconveniente es que existen muchas intervenciones, por ejemplo la mayoría de las que implican algún tipo de amputación, en las que los pacientes ya no vuelven al nivel de funcionamiento prequirúrgico; en estos casos, estas definiciones carecen de sentido.

La mejor manera de conocer qué se entiende por recuperación es fijarse en qué índices se utilizan para evaluarla. Los índices de recuperación que emplean

los distintos investigadores dependen, en parte, del tipo de operación a la que se ha sometido el paciente. Como es de suponer, no se utilizan exactamente los mismos índices para evaluar la convalecencia de un paciente operado de una angioplastia, que para medir la evolución postquirúrgica de un sujeto intervenido a través de una herniorrafia. De todas formas, existen muchos índices que se utilizan indistintamente en cualquier tipo de operación, tales como: la duración de la estancia hospitalaria, el número de analgésicos y sedantes administrados, distintas variables psicológicas, las complicaciones, la presión sanguínea y la temperatura corporal.

A la vista de la diversidad de índices que se utilizan para evaluar la recuperación postquirúrgica, podemos preguntarnos, tal y como se pregunta Johnston (1984), si todos ellos están midiendo un mismo proceso. Si fuera así, deberíamos encontrar altas correlaciones entre los mismos.

El estudio que presentamos a continuación (Moix, 1990), aunque no tuvo como objetivo principal el que aquí tratamos, nos permitió aportar datos para intentar contestar a la pregunta anterior; es decir, a través de los resultados obtenidos pudimos estudiar si los índices citados evalúan o no un único proceso.

METODO

Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 30 pacientes varones, con edades comprendidas entre los 24 y los 65 años, que fueron sometidos a una Herniorrafia inguinal electiva en el *Hospital Sant Joan de Déu* (Martorell). Todos los pacientes estaban libres de antecedentes psiquiátricos, presentaban un estado nutricional normal y fueron intervenidos con anestesia medular.

Instrumentos y procedimiento

Todos los pacientes fueron entrevistados dos días después de la intervención. En esta entrevista, se evaluó la ansiedad de los mismos mediante la escala reducida del STAI-estado (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Igualmente, se evaluó el grado de satisfacción que el paciente sentía con el hospital, esta variable se midió a través de una única pregunta: ¿está satisfecho con el funcionamiento del hospital? la respuesta se registraba en una escala de cinco puntos.

Cuanto más satisfecho estaba el paciente, más elevada era la puntuación obtenida.

En esta misma sesión, se evaluó la percepción que el paciente tenía sobre su propia recuperación. Para ello se administró un cuestionario donde se preguntaba si las siguientes funciones orgánicas habían vuelto o no a la normalidad: micción, digestión, sueño, apetito, movimiento y dolor. La puntuación obtenida podía oscilar entre 6 y 12 puntos. Cuanto más recuperado se sentía el paciente, más alta era la puntuación obtenida.

El resto de indicadores de recuperación se extrajeron de la historia clínica del paciente. Estos fueron:

- ° Número de días transcurridos desde la operación hasta el alta.
- ° Toma de analgésicos y sedantes. Debido a que los analgésicos y sedantes administrados eran de diferentes tipos y dosis, tuvimos que evaluar esta variable de forma cualitativa (Sí/No).
- ° Complicaciones. Dado que las complicaciones más usuales fueron la retención de orina y los hematomas en la herida, evaluamos de forma cualitativa estos dos tipos de complicación. Esto es, registrábamos si los pacientes habían sufrido o no estos dos tipos de complicación.
- ° Número de veces que la temperatura corporal era igual o superior a los 37 grados. La temperatura corporal se registraba dos veces al día (6 a.m. y 6 p.m.). Una vez obtenido el número de veces que el paciente presentaba fiebre, se ajustaba al período hospitalario. Para ello, se dividía el número de veces que el paciente presentaba fiebre por el número de días de estancia.
- ° Presión sanguínea. El índice de presión sanguínea correspondía a la presión evaluada dos días después de la operación. Este índice se obtenía haciendo la media de los dos registros que se efectuaban a las 6 a.m. y a las 6 p.m. respectivamente. Se obtuvo un índice correspondiente a la presión diastólica y otro correspondiente a la presión sistólica.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan los resultados descriptivos referentes a los diferentes indicadores de recuperación.

Tabla 1. Datos descriptivos de los indicadores de recuperación.

	\bar{X}	D.E.
Ansiedad postquirúrgica	1.9	1.8
Satisfacción con el hospital	3.8	1.2
Percepción de la recuperación	10.7	1.0
Temperatura corporal	0.2	0.2
Presión sistólica*	12.4	1.1
Presión diastólica*	7.3	0.8
Días convalecencia	10.7	1.0
	Número	Porcentaje
	de pacientes	
Toma de analgésicos	14	46.6
Toma de sedantes	3	10.0
Retención de orina	5	16.6
Hematomas	4	13.3

* n: 29. Temperatura corporal: Nº veces temperatura corporal > 37°.

Con el fin de evaluar las correlaciones existentes entre los diferentes índices, se llevaron a cabo correlaciones de Pearson, t-tests y tests de Ji-cuadrado. Los resultados pueden observarse en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Correlación de Pearson entre indicadores de recuperación postquirúrgica cuantitativos.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ansiedad	-	-.24	-.37*	.12	.12	.13	.29
2. Satisfacción h.	-	-	.28	.07	.04	.16	.23
3. Per. recuperación	-	-	-	-.20	-.17	-.05	-.17
4. Días convalecencia	-	-	-	-	-.17	.14	.15
5. Temperatura corp.	-	-	-	-	-	.00	.52**
^a 6. Presión diastólica	-	-	-	-	-	-	.58***
^a 7. Presión sistólica	-	-	-	-	-	-	-

*p < .05; **p < .005; ***p = .001; ^an: 29. Satisfacción h.: Satisfacción funcionamiento hospital; Per. recuperación: Percepción recuperación; Temperatura corp.: Nº veces temperatura corporal > 37°.

Tabla 3. T-tests y tests de Ji-cuadrado entre los indicadores cuantitativos y cualitativos de recuperación.

	t			
	Analgésicos	Sedantes	Retención o.	Hematomas
Ansiedad	-.73	-1.68	-.22	-.25
Satisfacción h.	.23	1.26	1.16	-1.85
Per. recuperación	.07	-.65	.24	1.16
Días convalecencia	2.33*	-.08	-.74	-.35
Temperatura corp.	-1.45	.92	.74	-.73
^a Presión diastólica	-.48	1.11	1.10	1.09
^a Presión sistólica	-.24	1.37	1.58	-.35
Ji-cuadrado				
Toma analgésicos	-	.01	.02	.00
Toma de sedantes	-	-	2.6	.00
Retención de orina	-	-	-	.05
Hematomas	-	-	-	-

^an: 29; *p < .05. Satisfacción h.: Satisfacción funcionamiento hospital; Per. recuperación: Percepción recuperación; Temperatura corp.: Nº veces temperatura corporal > 37°.

Como podemos observar son pocas las correlaciones encontradas. En la tabla 2, podemos advertir como los pacientes más ansiosos son los que experimentan una peor recuperación según su propia evaluación. Esta relación la podemos interpretar de varias maneras. En primer lugar, podríamos pensar que la ansiedad incide negativamente en el estado del organismo del paciente. También es posible hipotetizar que una mala recuperación influye de forma negativa en el estado de ánimo de los sujetos. Por último, también cabe considerar que las personas que tienden a etiquetar su estado psicológico como bueno también tienen esta misma tendencia para evaluar su estado físico. Para poder desestimar este último tipo de explicación, sería conveniente, siempre que fuera posible, medir las variables fisiológicas directamente y no a través del informe del paciente.

En esta misma tabla, podemos apreciar que los sujetos que sufren más episodios de fiebre son los que presentan una mayor presión sistólica. Y como era de esperar, los pacientes con una mayor presión sistólica poseen una mayor

presión diastólica.

En la tabla 3, la única relación que se aprecia es la existente entre los días de convalecencia y los analgésicos administrados. Los pacientes que consumen analgésicos son los que tardan más en ser dados de alta. Esta relación también puede ser interpretada de varios modos. Es plausible considerar que los pacientes que toman analgésicos son los que sufren más dolor porque están menos recuperados, y que por ello necesitan convalecer durante más tiempo en el hospital. Otra posible hipótesis es que los pacientes que toman analgésicos sean los que se quejan más y estas quejas influyan en la decisión de los médicos de dar el alta.

DISCUSION

Al igual que otros autores (Auerbach, 1973; Johnston, 1984; Wolfer y Davis, 1970), nosotros también hemos encontrado pocas relaciones entre los distintos indicadores de la recuperación postquirúrgica. Esta falta de relación entre los mismos, nos sugiere, como también indica Johnston (1984), que probablemente estamos ante varios procesos; esto es, la falta de relación parece indicar que los distintos indicadores no están evaluando un único proceso.

Si pensamos detenidamente en los diversos indicadores que se emplean para medir la recuperación, no nos debe extrañar que no exista relación entre ellos dado que distintos factores están influenciando a cada uno de los indicadores. Por ejemplo, el número de días de estancia hospitalaria parece ser en muchos estudios, incluido el nuestro, una variable notablemente influenciada por los aspectos burocráticos del funcionamiento del hospital. Por otra parte, la toma de analgésicos parece estar determinada, hasta cierto punto, por las enfermeras que atienden a los enfermos dado que hay enfermeras con mayor tendencia a suministrar analgésicos que otras.

Incluso, en algunas ocasiones pueden encontrarse correlaciones negativas entre distintos indicadores de recuperación; por ejemplo, se han hallado relaciones negativas entre la toma de analgésicos y el dolor (Cfr. Johnston, 1984). De hecho, no debe sorprendernos pues es plausible pensar que los pacientes que toman más analgésicos sienten menos dolor. Por tanto, si se utilizan estos dos índices para evaluar la recuperación postquirúrgica es aconsejable que cuando se evalúe el dolor que sufre un determinado paciente se pregunte si ha tomado o no analgésicos durante las últimas horas. Si no se tiene en cuenta esta sugerencia, la variable dolor no reflejará el estado del organismo sino simplemente la toma de analgésicos.

El hecho de que no se trate de un proceso unitario explica por qué la mayoría de los estudios en este campo concluyen que la variable psicológica evaluada, sea cual sea, incide en unos indicadores pero no en otros. Por ejemplo, Johnson, Leventhal y Dabbs (1971) observan como el miedo y preocupación prequirúrgica incide en la adaptación psicológica y en el dolor postquirúrgico, pero no en el consumo de analgésicos ni en la duración de la estancia hospitalaria. Estos resultados no serían coherentes si pensáramos que cada uno de estos indicadores esta midiendo un mismo proceso, pero sí adquieren coherencia a la luz de lo que hemos venido comentando hasta aquí; esto es, que estas variables en realidad están midiendo conceptos diferentes. Igualmente, este hecho explica por qué factores psicológicos distintos afectan a diferentes indicadores de recuperación. Por ejemplo, mientras el **locus de control** afecta a la toma de analgésicos (los pacientes con **locus** interno, toman más analgésicos) (Johnson, Leventhal y Dabbs, 1971); la ansiedad parece afectar, entre otros indicadores, a las complicaciones (Cfr. Moix, 1990). Mientras en el primer caso los mecanismos explicativos de la influencia son probablemente conductuales, los pacientes con **locus** interno deben solicitar más analgésicos que los externos y por ello se les administran un mayor número de los mismos; en el segundo caso, la influencia de la ansiedad sobre las complicaciones podría deberse a mecanismos fisiológicos, tal y como algunos estudios empiezan a indicar (Linn, Linn y Klimas, 1988).

En los estudios centrados en mostrar la eficacia de las técnicas psicológicas en la facilitación de la recuperación postquirúrgica, también puede advertirse que según la técnica que se utilice los indicadores afectados o facilitados varían. Esto es, en algunas ocasiones podemos observar que mientras algunas técnicas disminuyen la toma de analgésicos, otras disminuyen la duración de la estancia hospitalaria. Ello adquiere más coherencia si consideramos a las distintas variables como indicadoras de procesos diferentes. El hecho de que los diferentes indicadores no estén evaluando un mismo proceso podría explicarnos también por qué una técnica psicológica puede afectar a unos variables y no a otras como es el caso del estudio de Johnson, Fuller, Endress y Rice (1978) en el que se mostró como el suministro de información afectaba a la duración de la estancia, pero no al consumo de analgésicos y al dolor.

Por todo lo que hemos comentado anteriormente y a modo de conclusión, consideramos que no es adecuado hablar de recuperación postquirúrgica como un único proceso, sino que es más conveniente tratar cada indicador como una variable dependiente diferente. De esta forma podremos: entender algunos de los resultados aparentemente contradictorios que aparecen en la literatura; controlar diferentes variables extrañas dependiendo del indicador en que nos

fijemos; proponer diferentes mecanismos explicativos dependiendo del índice de recuperación evaluado; y emplear diferentes técnicas o terapias psicológicas según que indicador queramos facilitar.

REFERENCIAS

- Auerbach SM. Trait-state anxiety and adjustment to surgery. *J Consult Clin Psychol* 1973, 40, 264-1.
- Auerbach SM, Meredith J, Alexander JM, Mercuri LG y Brophy C. Psychological factors in adjustment to orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1984, 42, 435-40.
- Jamison RN, Parris WCV y Maxson WS. Psychological factors influencing recovery from outpatient surgery. *Behav Res Ther* 1987, 25, 31-7.
- Johnson JE, Fuller SS, Endress MP y Rice VH. Altering patinets' responses to surgery: an extension and replication. *Res Nurs Health* 1978, 1, 111-21.
- Johnson JE, Leventhal H y Dabbs JM. Contribution of emotional and instrumental response processes in adaptation to surgery. *J Pers Soc Psychol* 1971, 20, 55-64.
- Johnston M. Dimensions of recovery from surgery. *International Review of Applied Psychology* 1984, 33, 505-20
- Kulik JA y Mahler HIM. Social support and recovery from surgery. *Health Psychol* 1989, 8, 221-38.
- Leserman J, Stuart EM, Mamish ME y Benson H. The efficacy of the relaxation response in preparing for cardiac surgery. *Behav Med* 1989, fall, 111-7.
- Linn BS, Linn M y Klimas NG. Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosom Med* 1988, 50, 230-44.

López S, Pastor MA, Rodríguez J y García J. El papel del apoyo social en pacientes hospitalizados. *Comunicación presentada en el II Congreso de Psicología Social*. Abril 1988. Alicante.

Mathews A y Ridgeway V. Personality and surgical recovery. *Br J Clin Psychol* 1981, 20, 243-60.

Melamed BG y Siegel LJ. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *J Consult Clin Psychol* 1975, 43, 511-21.

Moix J. *Influencia de los factores psicológicos sobre la recuperación postquirúrgica* [tesis de licenciatura inédita]. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, 1988.

Moix J. *Influencia de la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento en la ansiedad: su valoración en pacientes quirúrgicos* [tesis doctoral inédita]. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, 1990.

Pickett C y Clum GA. Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1982, 50, 439-41.

Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Magovern GJ, Graig R, Abbott RS y Carver CS. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989, 57, 1024-40.

Spielberger ChD, Gorsuch RL y Lushene RE. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Manual (N. Seisdedos, Trad.), 1982. Madrid: TEA [Trabajo original publicado en 1970].

Wallace LM. Psychological adjustment to and recovery from laparoscopic sterilization and infertility investigation. *J Psychosom Res* 1985, 29, 507-18.

Wallace LM. (1984). Psychological preparation as a method of reducing the stress of surgery. *Journal of Human Stress* 1984, sum, 62-75.

Weinstein EJ y Au PK. Use of hipnosis before and during angioplasty. *Am J Clin Hypn* 1991, 34, 29-37.

• Wolfer JA y Davis CE. Assesment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperative welfare. *Nurs Res* 1970, 19, 402-14.

NOTA:

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

Dirección:

Laboratorio de Conducta

Apartado de correos 29

Universidad Autónoma de Barcelona.

08193 Bellaterra (Barcelona).

Telf: (93) 5811487